



2222998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13577136	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 09720245383005134		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EKO TRANSPORTES E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAQUELINE NASCIMENTO DA ROCHA			14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON MIRANDA DA ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR IMAGEM	18-Número no CRO 16071	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 24232618, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALAS 701
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03800749000101	22-Nome do Contratado Executante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR	23-Número no CRO 16071	24-UF RJ	25-Código CNES 5159725	
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO MORETZ SOHN MEIRELLES		27-Número no CRO 16071	28-UF RJ	29-Código CBO S 09	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/03/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/10/12
---	---	---	--

Jaqueline Nascimento da Rocha

CNPJ 03800749/0001-01

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Jaqueline Nascimento
Endereço: _____

Prescrição: Solicito Rx panorâmico e periapical
de todos os elementos para avaliação odontológica

Dra. Joyce Saules
Cirurgiã Dentista
Cro 51515

/ /
Data

Assinatura/Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident: _____ Org. Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

/ /
Data